

La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF

Jacques Henri BARRIER¹, Lucie BRAZEAU-LAMONTAGNE², Raymond COLIN³, André QUINTON⁴,
Guy LLORCA⁵, Francis Somian EHUA⁶ et le Conseil pédagogique de la Conférence Internationale
des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française⁷

Résumé *Contexte et but* : La plupart des Facultés de médecine francophones n'ont pas de programme de formation explicite au professionnalisme (incluant l'acquisition de compétences à la relation médecin-patient et à l'éthique médicale). Hypothèse: Des recommandations explicites apparaissent pouvoir aider les responsables des facultés à planifier cette activité. *Matériel/méthode* : A partir des travaux des 15^e JUFPM de Nancy (avril 2003), une synthèse a permis de définir des recommandations dans le cadre de « rondes Delphi » auprès des membres et experts du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. *Résultats* : Onze recommandations sont ressorties : définir et afficher les objectifs de l'apprentissage de l'éthique dans le cadre d'une démarche globale et intégrative qui est celle du professionnalisme ; élaborer un programme de formation explicite au professionnalisme avec une stratégie de mise en application ; créer une structure dédiée à l'éthique et/ou la professionnalisation des futurs médecins ; répondre à des exigences d'efficacité dans le choix des personnes ressource dans la faculté ; souvrir sur le monde extérieur pour atteindre les objectifs d'apprentissage à l'interdisciplinarité professionnelle ; planifier à bon escient les connaissances théoriques nécessaires ; viser l'acquisition de réelles compétences éthiques dans l'élaboration des objectifs d'apprentissage de ce programme ; privilégier l'apprentissage de la communication et de la relation médecin-patient dans le programme de formation au professionnalisme ; développer des méthodes pédagogiques adaptées aux compétences à construire ; décliner cette formation tout au long du curriculum ; évaluer la formation au professionnalisme. *Discussion* : A ces recommandations sont assortis des conseils stratégiques pour faciliter l'implantation de cette formation explicite au professionnalisme dans les établissements. *Conclusion* : Il revient aux responsables des facultés de médecine confrontées à ces nécessités de prendre rapidement les mesures adaptées, avec une stratégie de changement réfléchi.

Mots clés professionnalisme ; éthique ; compétences ; formation médicale.

Abstract *Context and Purpose*: Most of francophone Medical Colleges do not have formal curriculum to teach professionalism per se (that is including physician-patient relationship and medical ethics). Hypothesis : Explicit recommendations might effectively help medical colleges governance to implement formal curriculum for professionalism. *Material and Methods*: Inspired by the 15th JUFPM (Nancy, April 2003) proceedings, Delphi round table technique allowed members and experts from Education Council of CIDMEF to come up with an overall point of view, phrased in practical recommendations. *Results*: Eleven recommendations came up : to define and to show learning objectives in ethics in terms of global and integrative approach, which is the one of professionalism; to design an explicite learning program for professionalism with strategic implementation; to dedicate a formal structure to future graduates' professionalism; to meet the efficiency standards in selecting the official persons in charge for the medical school curriculum; to open to the outside world in order to get interdisciplinary professional training; to cautiously plan the theoretical cursus; to aim real and genuine training when outbreaking the program in learning objectives; to promote communication and patient-physician relationship learning within the curriculum for professionalism; to develop learning methods adapted to professional competences to be built; to intertwine professional training along the entire curriculum; to evaluate the professionalism training. *Conclusion*: It comes up to the medical schools' managers to rapidly make the move, to implement thoughtful strategies to transform the institution's culture, according to its education social responsibilities.

Key words professionalism; ethics; skills; medical training.

Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 75-81

1 . Département de FMC et de Développement Pédagogique de la Faculté de Médecine de Nantes (France)- 2. Faculté de Médecine de Sherbrooke (Canada) - 3. Faculté de Médecine de Rouen (France), - 4. Faculté de Médecine de Bordeaux (France), 5. Faculté de Médecine de Lyon (France), - 6. Faculté de Médecine d' Abidjan (Côte d'Ivoire) - 7. Liste des membres et experts collaborateurs en fin d'article - Correspondance : Jacques Henri Barrier - Tél. 02 40 08 33 48 ou 02 40 08 33 52 - Fax 02 40 08 33 79 - mailto:jacques.barrier@sante.univ-nantes.fr

Concepts et Innovations

Introduction

L'idée de promouvoir la responsabilité sociale des facultés de médecine est maintenant validée et soutenue par diverses institutions dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Conférence internationale des doyens des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF)^{1,2}. Lors de la rédaction de ses objectifs généraux, la faculté de médecine doit exprimer clairement cette responsabilité sociale et en conséquence se référer à l'éthique dans toutes ses dimensions. Ces objectifs généraux doivent témoigner de la nécessité d'un programme de professionnalisation des futurs médecins^{3,4}. Ce programme fait référence au cadre conceptuel du professionnalisme^{5,6} et de l'expertise professionnelle⁷. Le professionnalisme d'un médecin étant l'ensemble de valeurs, de connaissances, d'attitudes que ce praticien met en œuvre dans l'accomplissement de son travail, il s'agit véritablement d'une démarche éthique. L'expert professionnel est celui capable de résoudre des problèmes complexes où des conflits de valeurs peuvent être en jeu. Ainsi, parallèlement à l'acquisition des compétences biomédicales, la formation au professionnalisme nécessite aussi la planification de toute une série d'activités spécifiques qui comprennent impérativement l'apprentissage de la communication, de la relation médecin – patient et de l'éthique médicale, à côté d'enseignements classiques parmi lesquels on peut citer ceux de la déontologie, du droit médical ainsi que les modalités pratiques de l'exercice professionnel et de la formation continue. Dans ce programme spécifique, l'apprentissage de l'éthique médicale nous apparaît prioritaire². Il revient aux responsables des facultés de médecine confrontées à ces exigences de prendre les mesures adaptées. Cependant, les nouvelles dispositions à prendre pour planifier cette formation au professionnalisme et l'absence de standards ou de référentiel pédagogique sont à l'origine de difficultés dans les prises de décisions institutionnelles. Ce constat a motivé une démarche réflexive du Conseil pédagogique de la CIDMEF dont le présent article fait état. Les recommandations qui en sont issues visent à favoriser une prise de conscience des enseignants et des responsables des facultés, tout en leur proposant des pistes d'actions et des mesures concrètes.

Matériel et méthode

Le Conseil pédagogique de la CIDMEF a cherché un consensus concernant les principes devant régir la formation au professionnalisme des futurs médecins, avant de

proposer les recommandations pratiques présentées ici. Comme matériel initial, il a utilisé la synthèse issue des travaux des 15^e Journées universitaires francophones de pédagogie médicale, qui se sont tenues à Nancy du 22 au 25 avril 2003, et dont l'un des deux thèmes principaux était « Ethique et faculté ». Le processus d'élaboration du consensus a été conduit sous la forme de « rondes Delphi » entre mai et octobre 2003, en impliquant ses membres et les experts collaborateurs du Conseil pédagogique de la CIDMEF. Les 48 personnes impliquées dans cette réflexion sont des enseignants de médecine ou des personnels de soutien des facultés exerçant dans divers pays d'Europe, d'Amérique du Nord, du Maghreb ou d'Afrique sub-saharienne.

Résultats

Les journées de Nancy (avril 2003) :

Deux activités ont été proposées aux participants. Il s'agissait d'une session plénière sur « Ethique et faculté de médecine » et d'un atelier sur « Implanter un programme de formation axé sur la professionnalisation des futurs médecins (de l'apprentissage de la relation médecin-patient à celui de l'éthique), un objectif de la CIDMEF ». Au cours de la session plénière, les résultats d'une enquête préliminaire menée par G. Llorca⁸ sur l'apprentissage de l'éthique dans les facultés de médecine francophones ont été exposés et discutés ; il a été montré que cet apprentissage n'était pas formalisé de façon explicite dans de nombreuses facultés et qu'il s'agissait alors pour l'essentiel d'un corpus de connaissances déclaratives plus que d'une formation visant à acquérir des connaissances d'action (et finalement des compétences spécifiques). Au cours de la même session, différentes approches et expériences innovantes en formation initiale à Amiens, Angers, Bordeaux, Brest, Dijon, Lille, Limoges, Louvain, Monastir, Montréal, Nancy, Nantes, Rouen, Strasbourg, ont été l'objet d'un débat⁹. L'atelier a permis de dégager un consensus sur la nécessité de formaliser l'apprentissage du professionnalisme et d'évoquer des pistes de solutions pratiques.

Les recommandations

Pour des raisons de clarté, chaque énoncé de recommandation est suivi de son argumentaire. En conséquence, le chapitre « Discussion » ne traitera que des perspectives stratégiques d'implantation d'un tel programme.

Première recommandation :

Définir et rendre publics les objectifs de l'apprentissage de l'éthique dans le cadre d'une démarche globale et intégrative qui est celle du professionnalisme

• La mise en route d'un programme formalisé de l'apprentissage de l'éthique dans les facultés de médecine est considérée comme indispensable et urgente : les raisons sont multiples et maintenant bien connues. Nous prendrons l'exemple de l'une d'entre elles que nous considérons comme inquiétante : il s'agit du constat d'une baisse de la sensibilité morale des étudiants en médecine au cours des études^{10,11}. Il y a une diminution (apparente ?) au cours des études médicales de la capacité des étudiants à identifier des problèmes pratiques avec dilemme éthique rencontrés « dans la vraie vie » des stages cliniques.

Malgré les recherches de consensus sur l'utilisation du mot « éthique » dans la pratique médicale, le concept de l'éthique reste imprécis et/ou restrictif pour nombre d'enseignants et d'étudiants. Les interprétations divergentes constituent un handicap pour la conception et la mise en œuvre de projets concrets de formation. Le terme de « professionnalisation des futurs médecins » aurait l'avantage de mettre l'accent sur toutes les dimensions du professionnalisme, ce qui est le but poursuivi par un programme d'éthique médicale : il s'agit d'envisager l'ensemble des applications pertinentes par rapport à tous les rôles que tiennent les médecins dans les domaines variés de la profession. Chaque faculté devrait donc sélectionner judicieusement les objectifs d'apprentissage qu'elle souhaite inclure dans un tel programme. A titre d'exemples touchant à l'éthique, nous pouvons citer :

- les dimensions éthiques de la communication médicale (en incluant prioritairement la relation médecin-patient/famille/autres professionnels de santé) ;
- les compétences de discernement des informations recueillies (par exemple, l'utilisation des référentiels de pratique, la recherche de l'information et son analyse critique, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des actes professionnels) ;
- les compétences d'interprétation des données nouvelles et/ou non encore éprouvées (l'éthique de la recherche fondamentale et appliquée, la bio-éthique) ;
- les compétences liées à la collaboration interdisciplinaire et à l'application à la médecine des sciences humaines et sociales telles que la psychologie, la philosophie, la sociologie, etc., permettant d'éclairer le droit médical, la déontologie, les droits de l'homme...

Cette liste n'est pas limitative : de nombreux autres domaines de formation inclus dans le professionnalisme ne sont pas indiqués ici. Citons par exemple ceux qui sont en rapport avec les modalités pratiques de l'exercice médical (capacités à la recherche documentaire, à la formation permanente, au travail en réseau, à la gestion, etc.)

Deuxième recommandation :

Elaborer un programme explicite de formation au professionnalisme avec une stratégie de mise en application.

• De nombreux enseignants de médecine sont convaincus que la formation au professionnalisme, donc à l'éthique médicale, pourrait se faire « toute seule » grâce à la valeur de l'exemple des maîtres ; cette formation implicite est insuffisante car elle néglige toute une série de facteurs pouvant influencer les futures performances professionnelles des étudiants ; de plus, étant implicite, elle n'est pas évaluée. La constatation de l'absence de prise en compte de ces facteurs a été à l'origine du concept de « curriculum caché »¹². FW. Hafferty et R. Francks font valoir que la plupart des déterminants de l'identité médicale ne se transmettent pas par l'enseignement du *curriculum* formel, mais plutôt par l'influence plus subtile, moins reconnue, d'un « curriculum caché ». Le processus de formation médicale est présenté comme une formation morale dans laquelle la formation formelle ne représente qu'un apport minoritaire.

• L'expérience montre par ailleurs que la bonne volonté spontanée des responsables des facultés et des enseignants de médecine ne suffit pas pour implanter ce type de programme de formation. La mise en place d'une réforme aussi innovante suscite souvent des résistances. Nous argumenterons dans la discussion la nécessité qu'une véritable stratégie de changement soit réfléchie par les décideurs de la faculté avec l'aide un groupe d'enseignants motivés.

Troisième recommandation :

Créer une structure dédiée à l'éthique et/ou la professionnalisation des futurs médecins.

• C'est une des conditions organisationnelles que la faculté doit réunir pour que les étudiants réussissent les apprentissages concernés. Etape initiale à la fois importante et symbolique^{4,9}, elle est le gage de l'efficacité de la démarche visant à formaliser cette formation à la professionnalisation.

Concepts et Innovations

tion des futurs médecins. Une telle structure devrait impliquer impérativement la faculté et les milieux de formation (cliniques, cabinets, laboratoires). Elle peut être spécifique (simple comité ou commission, département d'éthique médicale) ou accueillie dans un département professionnel médical plus large (sciences humaines et sociales, pédagogie, etc.). Elle serait le lieu de développement de la mise en place et de l'évaluation d'un programme de formation.

Quatrième recommandation :

Répondre à des exigences d'efficacité dans le choix des personnes ressources dans la faculté.

- Sachant que tout le corps enseignant, aussi bien en clinique qu'en recherche fondamentale, doit être impliqué à des titres variés dans cette formation, l'une des missions essentielles du (ou des) responsable(s) de la structure dédiée est de créer une véritable dynamique d'adhésion de l'ensemble du corps enseignant à ce programme, puisque les compétences éthiques traversent toutes les compétences du médecin. En pratique, la mise en place d'un nouveau programme de formation se fait souvent par étapes selon le degré d'appropriation des autres enseignants. Pour des raisons de crédibilité, il faut désigner les responsables de la faculté pour le cursus de formation parmi les enseignants de médecine qui sont particulièrement sensibilisés et déjà considérés comme modèles que l'on souhaite voir imiter par les futurs médecins.

Cinquième recommandation :

Solliciter des ressources extérieures à la faculté de médecine pour atteindre les objectifs d'apprentissage à l'interdisciplinarité professionnelle, sans s'exonérer de ses propres responsabilités.

- Cette ouverture est indispensable car de nombreuses personnes ressources extérieures à la faculté sont précieuses pour leurs expertises dans les différents domaines des sciences humaines et sociales (philosophie, psychologie, sociologie, sciences juridiques par exemple). Ces expertises extérieures ne doivent pas résumer à elles seules les interventions : il est important de résister à la tentation d'abdiquer en déléguant à un ou plusieurs spécialiste(s) de l'éthique non médecin(s) la responsabilité et la réalisation de cette formation au professionnalisme. Une telle attitude entraînerait le risque de contredire le discours de la faculté sur l'im-

portance du programme de l'éthique pour les futurs médecins.

Sixième recommandation :

Planifier à bon escient les connaissances théoriques nécessaires.

- Comme dans tout domaine de la médecine, les connaissances théoriques (déclaratives) sont indispensables en éthique médicale. G. Llorca⁸ a fait un inventaire des programmes dans son enquête sur l'apprentissage de l'éthique dans les facultés de médecine francophones. Une autre enquête serait nécessaire pour répertorier les contenus des autres champs de l'exercice professionnel et du professionnalisme.

Néanmoins, ces premiers résultats peuvent inspirer les responsables de faculté. Les connaissances théoriques font souvent l'objet d'un enseignement spécifique séparé dont la méthodologie est classique (modules, séminaires) et parfois d'un apprentissage autonome (documents et référentiels nécessaires mis à disposition des étudiants). Cependant, lors de la programmation, il faudra élaborer des objectifs d'apprentissage en tenant compte de l'ensemble des contenus d'enseignement et de l'organisation du curriculum. C'est dire qu'il faudra renoncer à juxtaposer des contenus nouveaux, mais plutôt veiller à l'articulation stratégique des enseignements théoriques et pratiques.

Septième recommandation :

Viser l'acquisition de réelles compétences éthiques dans l'élaboration des objectifs d'apprentissage de ce programme¹¹.

- Les connaissances pratiques (d'action) doivent être l'objet d'un apprentissage individuel en situation. L'acquisition de compétences éthiques ne peut pas conduire à la performance sans une implication personnelle des étudiants vis à vis des patients, des collègues, de l'institution et de la collectivité. Cette implication personnelle ne porte fruit qu'en situation authentique de résolution de problèmes avec instauration d'une dynamique dialogique¹³.

Les stages intra et/ou extra-hospitaliers sont ici irremplaçables. L'apprentissage est ainsi contextualisé, soit dans le cadre de situations réellement vécues par l'étudiant, soit en construisant des situations sur dossier partagées par les autres étudiants et les enseignants.

Huitième recommandation :

Privilégier l'apprentissage de la communication et de la relation médecin-patient dans le cadre du programme de la formation au professionnalisme.

• L'apprentissage de la communication et de la relation médecin-patient est central mais n'est qu'une partie, il est vrai très importante, de l'apprentissage de l'éthique médicale clinique, elle-même composante essentielle de la compétence professionnelle du médecin. L'apprentissage de la relation médecin-patient prend tout son sens s'il est véritablement intégré à la formation au professionnalisme¹⁴.

Neuvième recommandation :

Développer des méthodes pédagogiques adaptées (y compris innovantes) aux compétences à construire.

• L'éthique médicale est fondamentalement liée à la pratique. Cela est évident pour des praticiens confirmés mais l'est moins pour les étudiants qui sont en phase de montage de compétences. Il est donc nécessaire de choisir des méthodes pédagogiques adaptées. Les outils possibles sont le carnet de stage avec portfolio ou portefeuille de recueil de tâches authentiques constitué par les étudiants¹¹, les séances d'Apprentissage du Raisonnement Ethique ou ARE^{15,16}, inspirées des séances d'Apprentissage au Raisonnement Clinique ou ARC¹⁷, l'utilisation de vignettes¹⁴.

Dixième recommandation :

Décliner cette formation tout au long du curriculum.

• Le professionnalisme est l'axe central, le sens de la formation médicale autour duquel se construisent les connaissances biomédicales dont le caractère est plus scientifique au sens classique du terme. L'éthique médicale étant une composante de la compétence du médecin¹³, son intégration doit logiquement porter sur l'ensemble du cursus avec un renforcement spécifique lors des stages où qu'ils soient. La progression pédagogique doit être assurée par la complexité croissante des tâches confiées au futur médecin selon son niveau de formation. Toute tâche médicale authentique comporte une démarche éthique puisqu'elle implique nécessairement autrui. Certaines d'entre elles font surgir un réel dilemme éthique pour l'étudiant même au tout début de la formation. Le curriculum doit prévoir la réalisation de celles-ci, proportionnées au niveau d'apprentissage déjà atteint par l'étudiant.

Ces tâches permettent l'apprentissage de la résolution éthique et fournissent des occasions d'évaluation formative de cet apprentissage¹³.

Onzième recommandation :

Évaluer la formation au professionnalisme.

• On connaît déjà la nécessité et les difficultés de l'évaluation du niveau de professionnalisme et en particulier des compétences éthiques des futurs médecins^{15, 16}. Cela est nécessaire mais non suffisant. En effet, l'évaluation de l'enseignement et des enseignants, tout aussi indispensable et difficile, apparaît devoir être mise en œuvre systématiquement dans toutes les facultés dans ce domaine précis. N'est-ce pas la responsabilité, on pourrait dire le « professionnalisme », de l'institution elle-même ? Il s'agit d'une véritable démarche qualité de l'enseignement et de la seule méthode permettant d'orienter concrètement l'action des facultés et des enseignants impliqués^{2,18,19}.

Discussion

Nous aborderons la stratégie de ce changement important puisqu'il s'agit d'une réforme globale du cursus. Les conditions de succès de l'implantation d'une réforme globale des études et de la pédagogie associée ont été identifiées par R. Colin et J.-E. Des Marchais^{20,21}.

Par prudence, les risques d'échec immédiat de la mise en place d'un tel programme de formation doivent être envisagés *a priori* afin de les prévenir au mieux.

Ainsi, il faut anticiper le rejet éventuel par une partie du corps enseignant du cadre conceptuel, qu'il s'agisse de celui du professionnalisme et de l'expertise professionnelle, voire celui de l'éthique, d'autant qu'il s'agit de sujets sensibles... Les arguments classiques ne sont-ils pas : « ne faisons pas d'intellectualisme », « évitons le jargon », etc. ? Par ailleurs, le caractère indispensable et urgent de cette planification sera réfuté d'autant plus facilement par les enseignants qu'il y aura d'autres efforts à mener en parallèle, en particulier dans les domaines des soins et de la recherche. Le pire des scénarii est l'entrée en scène d'autres réformes nécessaires concurrentes mobilisant les énergies. Il faudra donc au préalable identifier s'il y a dans la faculté une perception d'un besoin réel de changement (minoritaire ? majoritaire ?). Un groupe de réflexion peut rechercher les facteurs potentiels que l'on veut présenter à

Concepts et Innovations

l'ensemble de la collectivité et qui militent pour envisager une évolution dans le domaine du professionnalisme. La nécessité d'une réflexion inter et transdisciplinaire est toujours difficile à organiser car les enseignants sont habitués à vivre dans leur « tour d'ivoire ». Il faudra élaborer par une méthode participative la plus large possible les objectifs institutionnels et généraux de la formation car ces objectifs sont une étape fondamentale. Il s'agit d'utiliser la stratégie recommandée pour l'élaboration des consensus. Les recommandations de la CIDMEF peuvent ici jouer un rôle important à condition d'éviter de les présenter comme « LE » référentiel obligatoire, qui pourrait être vécu comme une contrainte externe démotivante. Les objectifs généraux doivent *in fine* être présentés en commission plénière des enseignants, approuvés par un vote solennel puis diffusés. Il y aura donc une stratégie de communication pour permettre aux enseignants de s'approprier la réforme.

La deuxième étape est celle du développement du programme. La rédaction d'objectifs d'apprentissage en commun nécessite la mobilisation du plus grand nombre possible de collègues qui perçoivent à travers la méthode participative que les innovations qu'on proposera ne leur seront pas imposées, mais basées sur des perspectives identifiées et des cibles communes. En d'autres termes, il s'agit toujours de favoriser l'appropriation du projet. Il faut aussi savoir que l'intégration d'un nouvel enseignement présente un risque d'échec s'il consiste simplement à rajouter des heures. Le rôle d'un comité des études (dénommé souvent comité des programmes) réellement décisionnel et impartial est ici important. La répartition des enseignements consiste aussi en la désignation des intervenants, c'est-à-dire l'identification de personnes ressources internes et externes avec les enjeux de pouvoir que cela entraîne ; cette phase est d'autant plus délicate qu'une structure spécifique dotée de moyens est mise en place. Il est nécessaire d'envisager que les responsables, compte tenu de leur tâche future, acquièrent au besoin les compétences pédagogiques et didactiques dans le domaine du professionnalisme et dans celui du changement organisationnel. Ils doivent être connus de la communauté enseignante et avoir un mandat clairement établi, émanant des instances dirigeantes, et en particulier le doyen, pour conduire le changement. Ceci est important pour leur crédibilité. Il est peu souhaitable que le doyen soit la personnalité chargée spécifiquement de la réforme. L'ampleur de cette tâche peut être incompatible avec celles déjà très lourdes

du doyen. Des experts extérieurs indépendants ayant accès aux informations et pouvant rencontrer les différents acteurs de la faculté peuvent être appelés à l'aide en cas de blocage.

Avant de décider d'évaluer la formation au professionnalisme, il apparaît logique de mettre en place un système global d'évaluation de l'enseignement si cela n'existe pas. Cette décision est par elle-même lourde et très contraignante, sauf si l'évaluation de ce nouvel enseignement devient l'occasion d'expérimenter (et donc d'introduire) dans la faculté un système d'évaluation de l'enseignement.

Globalement, le changement imposé ou à marche forcée est souvent voué à l'échec. Ceci signifie qu'il faut souvent du temps (des années) pour franchir les différentes étapes : conception, planification, mise en œuvre, développement et évaluation. Tous les acteurs de la faculté doivent se sentir assez co-responsables et co-proprétaires du changement pour entraîner toute la communauté enseignante dans ce changement culturel. Ils doivent comprendre qu'il y aura un bénéfice pour eux-mêmes, pour les étudiants, pour l'institution, pour la société. La réussite est conditionnée fortement par la confiance dans les responsables et le soin qu'ils mettent à la mériter, par le respect mutuel de chacun, par la confiance dans l'intérêt du projet. L'évaluation du changement doit débiter précocement. Elle a pour but de vérifier et de piloter l'atteinte des objectifs et notamment de rendre compte de la réalité de changement auprès des enseignants et des étudiants. L'évaluation des résultats est difficile, mais elle préoccupe toujours les acteurs du changement (hélas encore plus les détracteurs).

Remerciements :

Au Conseil Pédagogique de la CIDMEF :

Président : J.H. Barrier (Nantes), membres : N. Bachir-Bouiadjra (Oran), A. Belmahi, Président de la CIDMEF (Rabat), J.-M. Boles (Brest), B. Charlin (Montréal), J.-L. Debru (Grenoble), J.-F. Denef (Louvain), P. Farah (Beyrouth), Ph Isidori (Bordeaux), E. Lemarié (Tours), R. Mechmeche (Tunis), D. Moulin (Louvain), N. Padonou (Cotonou), P. Potvin (Québec), P. Rakatobe (Antananarivo), J. Roland (Nancy), M.-A. Sosso (Yaoundé), M. Traoré (Bamako), A. Zahaf (Sfax), N. Zerouali (Casablanca).

Experts : O. Armstrong (Nantes), C. Belkahia (Tunis), J.-L. Bernard (Marseille), Ch. Binet (Tours), F. Bonnaud

(Limoges), L. Brazeau-Lamontagne (Sherbrooke), J.-M. Chabot (Paris), R. Colin (Rouen), L. Côté (Québec), R. Darboux (Cotonou), G. Edan (Rennes), F.S. Ehua (Abidjan), A.S. Essoussi (Sousse), M. Fiche (Lausanne), Y. Hyjazi (Conakry), J. Jouquan (Brest), A.K. Koumaré (Bamako), H. Loueslati (Tunis), Y. Maugars (Nantes), P. Mircea (Cluj-Napoca), M.-E. Moise (Port-Au-Prince), E.

Ngou-Milama (Libreville), S. Normand (Montréal), Ch. Nu Viet Vu (Genève), R.M. Ouiminga (Ouagadougou), N. Randrianjafisamindrakotroka (Mahajanga), M. Touré (Dakar) J. Weber (Rouen).

A Madame Gyslaine Blanchet de Nantes qui a mis en forme le manuscrit.

Références

1. Boelen C, Meck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des Facultés de Médecine Genève : OMS. ed. 2000.
2. Barrier JH. Enjeux et risques de la formation médicale initiale dans les années futures. *Ann Med Interne* 2001 ; 152 : 491-493.
3. Guiraud-Chaumeil B et Didier JP. Groupe de travail de la Conférence des doyens : « Formation initiale au regard de l'exercice et de la place du médecin dans la société. perspective 2010 » 1991.
4. Cordier A. Ethique et professions de santé, Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Mai 2003.
5. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician' charter. *Ann Intern Med* 2002 ; 136: 243-246.
6. Projet pour le professionnalisme médical (Medical Professionalism Project) développé par l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation et l'European Federation of Internal Medicine (EFIM). Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5 : 43-45.
7. Regher G, Norman GR. Issues in cognitive psychology :implications for professional education. *Acad Med* 1996 ;71 : 988-1001.
8. Llorca G. L'enseignement de l'éthique dans les facultés de médecine francophones. Rapport d'une enquête conduite au sein des membres de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF), 15^e Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale Nancy avril 2003.
9. Vinay P, Roland J. 15^e Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale Nancy 22-25 avril 2003 volume des communications in <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr>
10. Hébert PC, Meslin EM, EV Dunn. Measuring the ethical sensitivity of medical students : a study at the University of Toronto. *J Med Ethics* 1992 ;18 : 142-147.
11. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D. Les étudiants en médecine sont-ils capables d'aborder des problèmes d'éthique médicale durant leur stage hospitalier en Médecine Interne ? *Rev Med Interne*, à paraître.
12. Hafferty FW et Francks R. The hidden curriculum, *Acad Med* 1 994 ; 69 : 861-871.
13. Patenaude J, Lambert C, Dionne M, Marcoux H, Jeliu G, Brazeau-Lamontagne L. L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique. *Pédagogie médicale* 2001 ; 2 : 71-79.
14. Bonnaud A, Barrier JH, Dabouis G et Mouzard A. Evaluation de la capacité des étudiants en 2^e année de médecine à repérer cinq dimensions de l'approche centrée sur le patient à partir d'une vignette clinique papier. *Pédagogie Médicale* 2003 ; 4 : 154-162.
15. Brazeau-Lamontagne L. L'évaluation de l'éthique médicale des résidents. *Pédagogie médicale* 2002 ; 3 : 152-158.
16. Patenaude J. Enseignement et évaluation en éthique médicale : pourquoi s'en préoccuper ? *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 : 133-134.
17. Chamberland M. Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) : un exemple d'activité pédagogique contextualisée adaptée aux stages cliniques en médecine. *Ann. Med. Interne* 1998 ;149 : 479-484.
18. Marcoux H, Patenaude J. L'éthique dans la formation médicale. Où en sommes-nous ? Où allons nous ? *Pédagogie Médicale* 2000 ; 1: 23-30.
19. Llorca G. Ethique et formation médicale. Révision des concepts. *Pédagogie Médicale* 2003 ; 3 : 169-179.
20. Colin R, Des Marchais JE. Successful strategies in reforming Medical Education. *Education for Health* 1996 ; 9 : 319-329.
21. Entretien avec Raymond Colin. *Pédagogie Médicale* 2003 ; 4 : 127-128.